UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1942-1943. — N° 18

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA FORME GANGLIONNAIRE DU CANCER DES VOIES AÉRO-DIGESTIVES SUPÉRIEURES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 25 Juin 1943

PAR

Gaston-Léon FOUCRIER

Né à BOURBON-LANCY (Saône-et-Loire), le 23 août 1914

Examinateurs de la Thèse :

- MM. PORTMANN, professeur ..... *Président.*
- FABRE, professeur .....
- DE GRAILLY, agrégé ..... *Juges*
- DESPONS, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1943

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536503_0084

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1942-1943. — N° 18

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA FORME GANGLIONNAIRE DU CANCER DES VOIES AÉRO-DIGESTIVES SUPÉRIEURES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 25 Juin 1943

PAR

Gaston-Léon FOUCRIER

Né à BOURBON-LANCY (Saône-et-Loire), le 23 août 1914

Examinateurs de la Thèse

MM. PORTMANN, professeur ..... *Président.*
FABRE, professeur .....
DE GRAILLY, agrégé ..... *Juges*
DESPONS, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1943

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.
ASSESSEUR : M. LABAT.
DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

M. DENIGÈS, BEILLE, CHAVANNAZ, C. SIGALAS, DUPOUY, A. MANDOUL
PETGES, GUYOT, ABADIE.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurg. et gynécol.	JEANNENEY.	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. inf. et orthop.	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique gén.	CARLES.	Clin. des maladies infectieuses	DAMADE.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Chimie biologique et médicale	MACHEBOEUF
Anatomie pathol. et microsc. clin.	N.	Physique méd. et pharmaceutique.	WANGERMEZ
Anatomie	VILLEMIN.	Méd. col. et clin. mal. exotiques.	BONNIN.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.	Clin. malad. cutanées et syphilit.	JOULIA.
Hygiène	LEURET.	Clin. des mal. des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clin. mal. nerveuses et mentales.	DELMAS-MARSALET.
Electroradiol. et clin. d'él. médic.	RÉCHOU.	Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérap. et climatol.	CREYX.
Pharmacie	VITTE	Clinique odonto-stomatologique.	DUBECQ.
Physiologie	FABRE.		

MM. LACOSTE (Histologie). PÉRY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
CHARRIER (Chirurgie générale). FAUGÈRE (Obstétrique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale	POUYANNE.
Physiologie	FRANCK.	Obstétrique	N.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	id.	MAHON.
id.	DE GRAILLY.	Ophtalmologie	N.
id.	FONTAN.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	BROUSTET.	Dermatologie et syphiligraphie	N...
id.	DERVILLÉE.	Physique médicale	N...
id.	SARIC.	Chimie gén. pharm. et toxicol.	CASTAGNOU.
id.	DUBARRY.	Histoire natur. pharmaceutique	GIRARD.
Chirurgie générale	LOUBAT.	Pharmacie	MESNARD.
id.	MASSÉ.	id.	GRANGER.
id.	DARGET.	Histoire natur. méd. et parasitol.	R. MANDOUL
id.	MAGENDIE.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	LOUBAT	Anatomie	J. BEAUVIEU
Accouchements	MAHON.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Puériculture	FAUGÈRE.	Botanique	GIRARD.
Zoologie et parasitologie	R. MANDOUL.	Cryptogamie	GIRARD.
Médecine légale	DERVILLÉE.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Urologie	DARGET.	Bactériologie	MOUREAU.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Physiologie	LIARD.
Ophtalmologie	N.	Chimie biologique	TAYEAU

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MA FEMME

Je lui dédie ce modeste travail, faible témoignage de ma profonde affection.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

MORT POUR LA FRANCE

A MA MERE

Témoignage d'amour filial.

A MES FRERES

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE LYON

Monsieur le Professeur agrégé R. FROMENT

Monsieur le Docteur H. GARDERE

A MES MAITRES DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH DE LYON

Monsieur le Docteur R. MARTINE (*In memoriam*)

Monsieur le Docteur A. GIULIANI

Monsieur le Docteur R. OLIVIER

Au Docteur Jean-Paul MOURE

Chef de clinique oto-rhino-laryngologique
à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de toute notre reconnaissance pour la part active qu'il prend chaque jour à notre enseignement.

A Messieurs les Docteurs M. BERGER et BARRAUD

Oto-rhino-laryngologistes des Hôpitaux.

A Monsieur le Professeur agrégé Jean DESPONS

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux,
Médaille militaire,
Croix de guerre.

Il a bien voulu nous éclairer de ses conseils et nous confier une observation personnelle. Nous l'assurons de notre gratitude et de nos respects.

A MON JURY DE THESE

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Georges PORTMANN

Professeur de clinique d'oto-rhino-laryngologie,
Sénateur de la Gironde,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Membre de l'Académie royale de Médecine de Belgique,
Membre de l'Académie nationale de Médecine de Rio de Janeiro.
Médecin en chef de la Marine (C. R.),
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique,
Grand-croix de l'Ordre du Christ (Portugal),
Officier de Saint-Sava (Serbie),
Officier du Sauveur (Grèce),
Chevalier de l'Ordre de Léopold (Belgique),
Chevalier de l'Ordre de Charles III (Espagne).

Mon cher Maître,

Je voudrais vous dire en toute simplicité combien je vous suis reconnaissant de m'avoir accueilli si aimablement dans votre service.

Je vous devrai entièrement ma formation de spécialiste, et depuis un an déjà que j'ai l'honneur de travailler auprès de vous, j'ai pu apprécier et admirer la qualité de votre enseignement.

Enfin, en acceptant la présidence de cette thèse, vous m'avez donné une marque d'estime à laquelle je suis très sensible.

Veuillez donc, mon cher Maître, accepter mes sincères remerciements et croire en mes sentiments très respectueux.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

FORME GANGLIONNAIRE DU CANCER

DES VOIES AÉRO-DIGESTIVES SUPÉRIEURES

INTRODUCTION

Au cours de notre stage dans le service de M. le Professeur Portmann, à l'Hôpital Saint-André et à l'Hôpital du Tondu, nous avons eu l'occasion de constater la fréquence de la forme ganglionnaire du cancer des voies aéro-digestives supérieures.

La plupart de nos observations personnelles sont particulièrement typiques à cet égard, car le premier symptôme accusé par le malade était l'adénopathie néoplasique.

Dans la majorité des cas, il nous a été possible et facile de vérifier l'existence de la tumeur primitive. Par contre, dans quelques observations, on n'a pu constater l'épithélioma primitif qu'avec les plus grandes difficultés, et plus rarement il ne nous a pas été possible de le déceler.

Cette dernière constatation ne permet pas d'infirmer l'existence du néoplasme primitif, mais de le considérer comme inaccessible aux moyens d'investigation clinique.

On peut donc se demander si des cas de ce genre n'ont

pas été pris pour des branchiomes dont la réalité devient ainsi hypothétique.

C'est l'étude des différentes modalités de cette forme ganglionnaire des cancers des voies aéro-digestives supérieures que nous avons l'intention de faire au cours de notre thèse inaugurale.

CHAPITRE PREMIER

DEFINITION — FREQUENCE

I. — *Définition.*

On appelle forme ganglionnaire du cancer des voies aéro-digestives supérieures tout néoplasme épithélial dont le symptôme clinique principal est une adénopathie précoce, selon la définition même de M. le Professeur Portmann.

II. — *Fréquence.*

a) D'après la littérature.

Nos recherches bibliographiques nous ont montré que peu d'auteurs se sont attachés à établir la fréquence de la forme ganglionnaire des cancers des voies aéro-digestives supérieures.

M. le Professeur Portmann et son élève Retrouvey, en 1927, dans leur important ouvrage intitulé : *Cancer du nez, des fosses nasales, des cavités accessoires et du naso-pharynx*, ont trouvé 6 formes de début ganglionnaire sur 32 cas de tumeurs malignes du naso-pharynx, soit un pourcentage de 18,7 p. 100.

C'est ensuite le Professeur Louis Ramond qui, dans une clinique intitulée : *Adénite cervicale chronique révélatrice d'un cancer du rhino-pharynx* (nov. 1929), affirme que, dans le cancer du rhino-pharynx, « le début ganglionnaire est un des plus fréquents ». Il ne cite cependant aucun chiffre.

Et c'est enfin A. Zuppinger, dans un article de 1931, inti-

tulé : *Maligne Pharynx und Larynx Tumoren*, qui rapporte 76 cas de carcinomes du sinus piriforme, dont 25 p. 100 présentaient comme seul signe de début une métastase cervicale.

Nous n'avons pas trouvé d'autres statistiques dans la littérature médicale. Laval, qui le premier a individualisé cette forme ganglionnaire dont nous parlons, n'a établi aucun pourcentage.

b) Statistique personnelle.

C'est alors que nous avons entrepris de compulser les archives de la Clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté de Bordeaux.

Nous avons acquis les précisions suivantes : depuis 1925 jusqu'au 15 mai 1943, 839 cas de cancers des voies aéro-digestives supérieures ont été diagnostiqués aux consultations de l'Hôpital Saint-André. 118 de ces malades ont présenté comme seul signe de début une adénopathie cervicale néoplasique. Ce qui donne un pourcentage de 14,06 p. 100 de forme ganglionnaire dans les cancers des voies aéro-digestives supérieures

CHAPITRE II

CONSIDERATIONS BASEES SUR CES STATISTIQUES

a) Nous avons, dès l'introduction, envisagé trois aspects différents possibles de la tumeur primitive cause de l'adénopathie.

Dans un premier groupe de cas très simples, il a suffi de jeter un coup d'œil dans un miroir laryngoscopique ou de faire ouvrir la bouche du malade pour apercevoir le cancer primitif.

Un second groupe est constitué par les cas plus rares où le néoplasme malin se cache dans des régions difficilement accessibles à l'exploration clinique.

Enfin, dans un troisième groupe, nous rangeons les cas où la tumeur initiale, malgré toutes les recherches, reste introuvable. Ce sont ces faits qui remettent en jeu la question des branchiomes.

Nos 118 observations se décomposent comme suit :

95 cas de cancer évident;
4 cas de cancer difficile à déceler;
19 cas de cancer impossible à déceler.

b) Si nous envisageons l'influence du sexe sur l'éclosion de l'affection, nous trouvons que les hommes sont frappés dans la plupart des cas. Nous n'avons en effet trouvé que 9 femmes contre 109 hommes.

c) Quant à l'âge de nos malades, il s'échelonne de 20 à 80 ans, et on peut le résumer ainsi :

0 à 10 ans	0
10 à 20 ans	0
20 à 30 ans	1
30 à 40 ans	3
40 à 50 ans	20
50 à 60 ans	38
60 à 70 ans	43
70 à 80 ans	13

On peut donc dire que ce sont les hommes de 60 à 70 ans qui sont le plus touchés.

d) Nous constatons, d'autre part, qu'en ce qui concerne la localisation des ganglions par rapport à la tumeur, l'adénopathie est presque toujours homolatérale au cancer. En effet, sur nos 118 observations, nous avons pu trouver la tumeur 99 fois. Or, 78 de ces 99 malades présentaient une adénopathie du même côté que celui de leur néoplasme. Trois autres de ces malades avaient une adénopathie croisée, les ganglions siégeant du côté opposé à la tumeur. Quatorze autres présentaient une localisation bilatérale de leurs ganglions, les masses ganglionnaires étant généralement inégales en volume.

Enfin, les 4 derniers de nos 99 malades avaient une adénopathie généralisée, c'est-à-dire que les ganglions carotidiens et sous-maxillaires droits et gauches étaient envahis, ainsi que les ganglions sus-claviculaires. Et même, dans un cas fort intéressant, l'un de ces quatre malades avait en outre un envahissement bilatéral des ganglions axillaires, à tel point que le diagnostic de maladie de Hodgkin avait été posé. C'est la biopsie sur l'un des groupes ganglionnaires, en l'espèce dans le creux sus-claviculaire gauche, qui a révélé la nature néoplasique de l'adénopathie.

Mais nous rapporterons en détail cette observation plus loin.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans l'immense majorité des cas, la tumeur était un épithélioma malpighien. Nous avons eu l'occasion de relever le diagnostic anatomo-pathologique de la tumeur primitive dans 91 cas : 3 fois nous avons trouvé un lymphosarcome; 84 autres cas étaient des épithéliomas. Il s'agissait le plus souvent, dans 47 cas, d'épithéliomas spino-cellulaires. Les épithéliomas baso-cellulaires étaient la minorité, il n'y en avait que 15. Et les épithéliomas incomplètement différenciés ou atypiques étaient au nombre de 22. Enfin, dans 3 cas, les coupes présentaient un mélange d'épithélioma spino et baso-cellulaire.

L'un de ces 3 derniers cas est celui dont nous rapportons l'observation au chapitre IV : le malade présentait une ulcération bourgeonnante de la paroi latérale droite de l'oropharynx, derrière le pilier postérieur, dont la biopsie indiqua qu'il s'agissait d'un épithélioma malpighien baso-cellulaire. Or, 7 autres prélèvements nécropsiques : sur l'épiglotte, les ganglions cervicaux et axillaires droits et gauches, un ganglion trachéo-bronchique et des nodules sous-cutanés, ont donné invariablement la réponse suivante pour les 7 pièces : « épithélioma spino-cellulaire » ou « métastase d'épithélioma spino-cellulaire ». Ainsi l'épithélioma pharyngé était baso-cellulaire et celui de l'épiglotte spino-cellulaire.

Lorsque seule la biopsie ganglionnaire fut pratiquée, et c'est le cas pour 24 de nos malades, le résultat fut une fois

un lymphosarcome et 23 fois une métastase d'épithélioma malpighien. Il y avait 10 épithéliomas atypiques contre 8 spino-cellulaires et 5 baso-cellulaires.

Enfin, les 3 derniers de nos 118 malades sont venus avec un diagnostic histologique de cancer et nous n'avons pas eu l'occasion d'obtenir de précisions ou de refaire une biopsie.

Le 91e cas est le seul étiqueté « branchiome » que nous ayons relevé dans les observations des nombreux malades qui sont venus à la consultation de la Clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté de Bordeaux en dix-huit ans.

Et encore le laboratoire ne fut pas formel : « ... la tumeur pourrait être rangée dans le groupe assez mal défini des branchiomes ».

CHAPITRE IV

ASPECT CLINIQUE

Nous n'avons pas la prétention de tracer le tableau clinique de la forme ganglionnaire des cancers des voies aéro-digestives supérieures. D'autres l'ont fait avant nous. En particulier Laval, qui, le premier, dans sa thèse (Toulouse, 1904), a individualisé les trois formes de début des cancers du naso-pharynx. Cependant que, bien avant lui, Duplay, en 1877, et Tostain, en 1884, dans sa thèse (Paris) : *Du cancer des ganglions cervicaux consécutifs aux carcinomes des voies pharyngo-œsophagiennes et laryngées*, signalaient déjà l'existence du début ganglionnaire de certains cancers des voies aériennes et digestives supérieures.

Nous nous attacherons plutôt à mettre en relief les divers aspects que peuvent revêtir ces tumeurs à forme ganglionnaire.

Quoi qu'il en soit, le début de l'affection est le même dans tous les cas.

Dans nos 118 observations, c'est invariablement la constatation par le malade d'une « grosseur » dans la région cervicale ou sous-maxillaire qui a attiré son attention. Le plus souvent, c'est en se rasant qu'un homme d'une soixantaine d'années s'aperçoit un beau matin que son cou a grossi en un certain point. Mais comme il ne souffre pas et que l'adénopathie est le seul signe révélateur d'une affection par ailleurs silencieuse, notre malade ne s'inquiète pas outre mesure et se dit que « ça passera bien comme c'est venu ».

Et c'est ainsi que ces malades ne viennent consulter que

de longs mois après l'apparition de l'adénopathie. Leur cou est maintenant déformé par une tumeur souvent volumineuse, multilobée et dont l'extension devient inquiétante.

En somme, rien que de très simple dans tout ceci. Nous retiendrons seulement la lenteur d'évolution de ce début. Laval y avait déjà insisté, qui citait :

Mme X..., 39 ans, 17 mai 1873, ... présentait « une petite tumeur au côté droit du cou depuis cinq ou six ans ». Il y avait une tumeur ulcérée de la voûte du naso-pharynx.

et encore son observation XVII, empruntée à Audry et Escat :

Epithéliome du naso-pharynx chez un homme de 58 ans : « ... seul symptôme subjectif, des douleurs cervicales s'étendant jusqu'à la nuque, et, comme seul signe physique extérieur, une énorme adénopathie de la région sterno-mastoïdienne...

» ... l'adénopathie a débuté lentement, il y a 5 mois environ sans cause apparente ».

Dans nos observations personnelles, nombreux sont les cas de malades venus consulter alors que leur adénopathie évoluait depuis plusieurs années.

Nous voici donc devant un malade qui vient nous demander ce que nous pensons de cette « grosseur » qu'il a sur le côté du cou ou sous l'angle de la mâchoire. Nous le regardons, et son aspect général semble bon. La tumeur qui soulève les plans cutanés paraît irrégulière, et le plus souvent, au début, la peau n'est pas modifiée dans sa couleur.

Nous touchons la masse que l'on sent alors irrégulière, bosselée. Sa dureté spéciale, ligneuse, nous frappe. La peau, le plus souvent, est mobile sur elle, mais en revanche elle est fixée sur les plans profonds, et l'on ne parvient pas à la mobiliser. Ces manœuvres nous apprennent aussi que cette tumeur n'est pas douloureuse, à moins d'une infection aiguë surajoutée.

En somme, les caractères de l'adénopathie néoplasique sont nets, et notre opinion est qu'il s'agit vraisemblablement

d'une métastase d'un cancer des voies aéro-digestives supérieures, que nous allons essayer de dépister.

Nous soumettons alors notre malade à un examen endoscopique.

La plupart du temps — 95 fois sur nos 118 cas — la tumeur primitive est facilement mise en évidence et notre adénopathie se trouve expliquée. Ce cas ne présente aucune difficulté, et il suffit d'y penser pour faire le diagnostic.

Mais à un degré de plus, les choses se compliquent. L'examen que l'on pratique très soigneusement ne montre rien. Le cancer existe probablement, mais on ne le voit pas : il se cache.

Ces cas sont la minorité. Nous n'en avons relevé que 4 exemples sur nos 118 observations. Il s'agissait de néoplasmes situés dans des régions d'accès difficile, nécessitant un outillage spécial. Ainsi, un cancer développé sur le pourtour de l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache et visible seulement après la pose d'un releveur du voile du palais, quand la rhinoscopie postérieure est impossible.

MM. J. et L. Ducuing, dans un article déjà cité, publient une observation qui montre à quel point la découverte de la tumeur peut être difficile dans certains cas.

Il s'agissait d'un homme de 52 ans venu consulter pour une « petite grosseur » dans la région cervicale gauche. L'examen oto-rhino-laryngologique était négatif. Une biopsie ganglionnaire avait répondu : « épithélioma spino-cellulaire ».

Un nouvel examen méticuleux permet de découvrir « sur la partie latérale gauche de la langue une élevure ovalaire à grand axe transversal, présentant l'aspect d'une papille un peu plus saillante que les voisines ». Biopsie : épithélioma spino-cellulaire.

Il apparaît clairement que si l'observateur n'est pas convaincu de la présence d'un cancer primitif, cette légère anomalie passera inaperçue, car, ajoutent les auteurs, la papille cancérisée « ne se différenciait que fort peu des papilles linguales avoisinantes ».

Et c'est ici le lieu de citer un cas que M. le Professeur Portmann a l'habitude d'exposer dans ses cours, parce qu'il montre combien la découverte de la tumeur est parfois difficile.

Il s'agissait d'un malade porteur d'une adénopathie cervicale de type néoplasique. Tous les assistants du service l'avaient examiné et aucun n'avait trouvé de lésion pouvant expliquer l'adénopathie. Or, il existait une très petite ulcération sur le bord libre de l'épiglotte.

Une biopsie avait été pratiquée sur cette lésion, et le laboratoire avait fait le diagnostic d'épithélioma.

Enfin, dans un troisième groupe de faits, tous les examens pratiqués n'arrivent pas à mettre en évidence la tumeur initiale. On a beau explorer minutieusement chacun des organes de la spécialité, le cancer reste introuvable. Ceci tient à plusieurs raisons.

La première, et la plus simple à notre avis, est que l'on peut être encore dans la période de latence du néoplasme. Ce cancer qui existe, puisqu'il donne une métastase ganglionnaire, reste souvent plusieurs années avant de se révéler. Rien d'étonnant par conséquent à ce que le malade consulte à une période où son cancer est encore « sous terrain », absolument invisible, et dans ce cas tous les efforts d'investigation clinique seront vains.

Il y a aussi une raison anatomique. Il est bien évident que si la lésion siège en un point inaccessible à l'exploration même instrumentale, l'observateur le plus habile ne saurait trouver une tumeur que les rayons lumineux ne peuvent atteindre et que ses mains, même prolongées d'instruments ingénieux, ne peuvent toucher. Exemple une tumeur siégeant dans un ventricule de Morgagni.

D'ailleurs, MM. J. et L. Ducuing ont longuement parlé des « formes cachées des cancers du pharynx ».

Es estiment que l'adjectif « caché » n'est pas assez explicite et proposent d'autres qualificatifs plus appropriés à chaque cas.

Ces auteurs distinguent les cancers « introuvables », qui sont ceux dont nous venons de parler; les cancers « latents », qui siègent dans un angle mort de la cavité pharyngienne et ne se manifestent que longtemps après leur début; et enfin les cancers « camouflés », prenant l'allure d'une tout autre affection. A signaler que, dans ce dernier cas, si par surcroît la tumeur est « fermée », le médecin peut se trouver bien embarrassé et hésiter à créer une brèche dans une masse non ulcérée.

Il y a encore un cas où la tumeur primitive peut être impossible à découvrir et où la sagacité du clinicien le plus averti peut être mise en défaut : c'est le cas où le cancer a pris la forme d'une petite ulcération limitée, de la lèvre par exemple, dont l'ablation chirurgicale a été faite et qui ne laisse que peu ou pas de cicatrice, surtout si, pour des raisons de lui seul connues, le malade cache cet épisode.

Et ceci n'est pas une vue de l'esprit. Nous avons une observation récente qui se rapporte à ce cas :

P..., 46 ans, cultivateur, vient à la consultation de l'Hôpital Saint-André le 5 avril 1943.

Il y a cinq mois, le malade a constaté dans la région sous-maxillaire gauche la présence d'une petite tumeur ganglionnaire dure, mobile, indolore, au début. On rapporte cette tuméfaction à une carie de la première molaire inférieure gauche. Mais son extraction n'amène aucune amélioration.

Une biopsie ganglionnaire est pratiquée par le Docteur Cassard (Périgueux) en mars 1943 :

« Tout le prélèvement est constitué par du tissu cancéreux de type pavimenteux spino-cellulaire, à structure lobulée, avec cellules granuleuses et gros blocs cornés avec abondance de monstruosités. L'aspect correspond exactement à celui d'un cancer de la peau, à la rigueur de la muqueuse buccale, mais nullement à celui d'un néoplasme glandulaire. On ne trouve nul vestige du tissu originel, ni de tissu lymphoïde rappelant un ganglion envahi. S'il n'y a cliniquement aucune trace d'un cancer malpighien primitif, il ne peut s'agir que d'un branchiome. »

La tumeur se met alors à grossir, à devenir douloureuse, et la peau s'ulcère.

Actuellement, tuméfaction volumineuse de toute la région sous-maxillaire gauche, ainsi que de l'angle de la mâchoire. La masse est fixée aux plans profonds et très dure à la palpation. En surface, ulcération sanieuse avec bourgeonnement important. L'évolution de cette tumeur ne s'est accompagnée d'aucune modification de l'état général.

La recherche de la tumeur primitive est absolument stérile. C'est l'étude des antécédents qui donne l'explication :

Il y a trois ans, soit en 1940, notre malade avait présenté au niveau de la lèvre inférieure gauche, près de la commissure labiale, une petite ulcération à tendance envahissante, dont l'ablation avait été pratiquée.

Une deuxième biopsie ganglionnaire est pratiquée par nous-même : « Propagation parotidienne d'un épithélioma malpighien intermédiaire à tendance spino-cellulaire. »

La tumeur grossit encore et devient très douloureuse, surtout la nuit. Etat général conservé.

MM. J. et L. Ducuing, dans un autre article : *Les adénopathies cancéreuses du cou, dites primitives, sont presque toujours secondaires à des cancers cachés*, ont relaté également un cas analogue. Il s'agissait d'un homme de 63 ans chez lequel nulle trace de cancer ne put être retrouvée. Or, deux ans avant l'apparition de l'adénopathie cervicale droite, il avait eu une petite tumeur sur le bord de la langue à droite. Une exérèse avait été pratiquée, et il s'agissait d'un cancer. Or, le malade avait volontairement caché la chose, et c'est tout à fait par hasard que la vérité fut découverte.

De tels exemples montrent bien que parfois la tumeur primitive est véritablement impossible à découvrir. Il ne faudra donc jamais omettre de pratiquer une biopsie ganglionnaire dans ces cas, afin de faire la preuve qu'il s'agit réellement d'une adénopathie métastatique.

Quelques-unes de nos observations sont particulièrement intéressantes, nous allons les résumer.

Auparavant, voici une observation que nous devons à l'obligeance de M. le Professeur agrégé J. Despons :

2 avril 1943. A... (Michel), 45 ans, cultivateur, vient consulter pour une tuméfaction cervicale droite dont le début remonte à trois mois environ.

A... n'éprouve aucune gêne fonctionnelle à la déglutition ou à la respiration. Sa voix n'est pas enrouée. Il déclare ne pas souffrir, mais parfois éprouve quelques élancements dans l'oreille droite.

Il a conservé son appétit, il n'a nullement maigri et sa mine est florissante. Son sommeil n'est pas troublé et il n'a pas dû cesser son travail.

Dans les antécédents, on ne retient aucune maladie et A... déclare qu'il n'a jamais interrompu son activité pour raisons de santé. Il est gros fumeur, mais il ne fait pas abus de boissons alcooliques.

A l'examen, on constate une tuméfaction siégeant sur le milieu de la région carotidienne droite, du volume d'une grosse amande, régulière, très dure; la peau est mobile, mais la masse est assez profondément fixée, bien que non adhérente au larynx. La tuméfaction est unique, et il n'y a pas d'adénopathie de voisinage.

La région carotidienne gauche est absolument libre. Le larynx a conservé sa mobilité et la crépitation est intacte des deux côtés.

Les fosses nasales sont perméables. La muqueuse du pharynx est rouge.

L'endolarynx n'est pas modifié, ni dans son aspect morphologique ni dans sa motilité. Les sinus piriformes sont parfaitement visibles et ne sont pas déformés.

Au toucher, la base de la langue est souple des deux côtés.

On porte le diagnostic d'adénopathie cervicale néoplasique secondaire.

6 avril 1943 : intervention (Dr G. Dubourg).

Sous scophédal et anesthésie locale, on procède à l'exérèse de la masse tumorale, qui se laisse cliver dans les plans profonds, sans adhérence aux vaisseaux.

La plaie cicatrise par première intention.

Examen histologique (Dr Bonnard, 29 avril 1943) : « Epithélioma atypique, procédant par coulées cellulaires au sein d'une nappe lymphocytaire (probablement ganglionnaire) sillonnée de fins tractus collagènes. D'origine épithéliale, les cellules tumorales sont polymorphes par pression réciproque, les noyaux sont ovoïdes, amitotiques, entourés d'un étroit cytoplasme. »

13 mai 1943 : aucune modification de l'état général, pas de troubles fonctionnels digestifs. Les douleurs auriculaires spontanées persistent, intermittentes, mais le sommeil n'est pas troublé et le malade ne fait pas usage d'analgésiques.

A la partie supérieure de la cicatrice cervicale droite sont survenus depuis quelques jours de petits ganglions du volume d'une petite amande, isolés mais très durs et peu mobiles. Ils sont absolument indolores. Le larynx est mobile et la crépitation est toujours conservée. L'examen endopharyngé ne montre rien. Au miroir laryngoscopique, on ne découvre aucune déformation des replis glosso-épiglottiques et du sinus piriforme. L'endolarynx reste visible, les cordes sont mobiles, non modifiées. Le toucher buccal est toujours négatif.

En raison de l'adénopathie récidivante et des résultats de l'examen histologique de la pièce opératoire, on soumet le malade à des séances de rœntgenthérapie profonde appliquées par le Docteur Gaillard.

Cette observation est un bel exemple de latence du cancer primitif. Il est probable que l'évolution permettrait sa découverte, mais les événements ne nous donnent malheureusement pas l'occasion d'attendre plus longtemps.

Et voici maintenant trois observations personnelles :

Observation I.

B..., 65 ans, hospitalisé salle 31 (Prof. Jeanneney), vient consulter le 28 octobre 1942.

Depuis un mois et demi, apparition d'une tuméfaction sous-maxillaire droite de la grosseur d'une noisette, dont le volume

augmente progressivement. En outre, « douleurs buccales » à la déglutition. Son médecin lui prescrit des gargarismes et l'envoie en consultation chirurgicale (Prof. Jeanneney) et en stomatologie. On ne trouve rien.

Actuellement, la tuméfaction est du volume d'une grosse noix. Persistance de l'odynphagie. Pas de dysphagie, pas de troubles de la voix, pas de gêne respiratoire.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de vieillesse. Père mort très jeune (affection indéterminée).

Antécédents collatéraux. — Plusieurs frères et sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels. — Rien à signaler.

Etat général satisfaisant. Appétit conservé.

Examen. — Tuméfaction du volume d'une grosse noix dans la région sous-maxillaire droite. Arrondie, régulière, dure, non douloureuse, adhérente aux plans profond et superficiel, faisant corps avec le maxillaire inférieur. Peau de couleur normale.

Aucune déformation faciale ni exophtalmie.

Pas de soulèvement du rebord sous-orbitaire.

Pas de zone d'anesthésie, pas de signe de Trotter.

Cavité buccale : présence de nombreuses érosions sur le voile du palais et le pilier antérieur droit. Mobilité du voile normale. Langue normale.

Après la mise du releveur du voile, rien à signaler dans le naso-pharynx, sinon une certaine rougeur au niveau de l'orifice tubaire.

Fosses nasales : léger épaississement du pied de cloison. Quelques petits polypes à gauche.

Larynx : rien à signaler. Crépitation laryngée conservée.

Diaphanoscopie : les triangles sous-orbitaires s'éclairent mal. Ponction du sinus maxillaire droit négative.

Après cet examen négatif, le malade retourne en chirurgie. Par la suite, l'adénopathie sous-maxillaire se ramollit. Une ponction est pratiquée et ramène un pus type bacillaire (amicrobien). Le malade est renvoyé chez lui avec le diagnostic d'adénopathie bacillaire et doit revenir se montrer dans trois mois.

Il ne revient que sept mois plus tard, le 15 mai 1943. Depuis

près d'un mois, « mal à la gorge » tenace avec odynphagie très vive. Il lui est arrivé de cracher du sang rouge à plusieurs reprises. En outre, depuis quinze jours, sa voix se voile par instants, enfin gêne respiratoire nasale importante à gauche.

Examen. — Fosses nasales : muqueuses piquetées de points blanchâtres.

Cavité buccale : sur la base de la langue, on trouve une volumineuse tumeur mamelonnée, bourgeonnante et saignant au moindre contact. Dure au toucher. Elle descend sur l'épiglotte, mais on ne peut voir le larynx, car il y a à peine la place du miroir entre elle et le voile du palais. La langue est fixée et paralysée à gauche. L'adénopathie est maintenant sous-maxillaire bilatérale, sous forme de quelques ganglions durs, de petit volume, fixés au plan profond.

Biopsie en pleine tumeur : « Epithélioma pavimenteux à tendance spino-cellulaire. »

Observation II.

B... (Maurice), 35 ans, docker, vient consulter le 10 mars 1943.

Au mois d'août 1942, apparition dans les régions sous-maxillaires droite et gauche d'une tuméfaction non douloureuse. Légère réaction fébrile. La tuméfaction augmentant de volume régulièrement, hospitalisation à l'Hôpital Saint-André, salle 25. Traitement médical. Amélioration : la masse diminue.

Cependant, à la même époque, les ganglions axillaires droits et gauches s'hypertrophient notablement.

Au début de février 1943, nouvelle poussée ganglionnaire sous-maxillaire. Le malade entre à l'hôpital (service du Prof. Dufour) et nous est envoyé en consultation.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — En 1926, adénite cervicale et sous-angulo-maxillaire droite bacillaire traitée au sanatorium de Feuillas. Suppuration pendant deux mois et demi. Il subsiste des cicatrices typiques.

Actuellement, légère réaction pleurale droite. L'examen montre

dans la région sous-maxillaire droite une volumineuse adénopathie dure, indolente, fixée aux plans profonds, non adhérente à la peau. La masse envahit la région rétro-auriculaire et descend tout le long de la région carotidienne jusque dans le creux sus-claviculaire.

A gauche, la masse ganglionnaire envahit la région carotidienne et va jusqu'à la région mastoïdienne. En bas, elle comble le creux sus-claviculaire. Ganglions durs, non douloureux, fixés aux plans profonds.

Les creux axillaires, et surtout à droite, sont remplis par des ganglions durs, fixés, mais douloureux. Un volumineux œdème ne gardant pas le godet est apparu au membre supérieur droit.

Une biopsie pratiquée le 2 mars 1943 dans le service du Professeur Dufour, sur la masse ganglionnaire du creux sus-claviculaire gauche, avec comme diagnostic clinique : « maladie de Hodgkin », a répondu :

« Sur les divers fragments examinés, on ne voit pas de lésions rappelant la maladie de Hodgkin, mais l'existence d'une tumeur épithéliomateuse métastatique assez différenciée, de l'ordre d'un épithélioma pavimenteux spino-cellulaire. »

Examen. — Fosses nasales : rien à signaler.

Oreilles : rien à signaler.

Cavité buccale : mauvaise denture, hypersalivation : toute la bouche est remplie de salive. Légère déviation du voile du palais à droite dans la phonation. Sur la paroi latérale droite de l'oropharynx, en arrière du pilier postérieur, existence d'une masse bourgeonnante du volume d'une amande, à grand axe vertical et de couleur pâle.

Petite ulcération dans la loge amygdalienne droite.

Larynx : pas de modifications extérieures. Crépitation laryngée conservée.

Sur le bord libre de l'épiglotte, ainsi que sur sa moitié droite, on note une ulcération bourgeonnante et pâle. Ulcération bourgeonnante et pâle du repli ary-épiglottique droit. Le versant pharyngien de l'aryténoïde droit est infiltré. Les cordes vocales sont blanches, mais détendues. Mobilité conservée.

Entre à l'Hôpital du Tondu le 13 mars 1942.

Analyse des crachats : examen direct au Ziehl = B. K. négatif.

15 mars : Biopsies épiglottique et pharyngée. Le résultat est négatif pour l'épiglotte. Au niveau du pharynx, « épithélioma malpighien baso-cellulaire ».

Décès le 21 mars.

Nécropsie (22 mars). — Larynx et pharynx : pas d'autres lésions que celles déjà signalées.

Œsophage et estomac : rien à signaler.

Poumons : pleurésie bilatérale surtout abondante à droite. Le poumon droit est symphysé dans toute sa hauteur. Parenchyme condensé. Les bronchioles du lobe inférieur gauche sont épaissies et durcies. Il y a de très nombreux et gros ganglions trachéo-bronchiques, dont l'un est prélevé. Enfin, à la partie antérieure et droite du thorax, on note de très nombreux nodules sous-cutanés, une centaine et de toutes dimensions, s'étendant depuis la clavicule jusqu'au mamelon.

Sept prélèvements sont pratiqués : sur les ganglions cervicaux et axillaires droits et gauches, sur un ganglion trachéo-bronchique, sur l'épiglotte et sur les nodules sous-cutanés.

La réponse est la même pour ces sept pièces : « épithélioma spino-cellulaire » ou « métastase d'épithélioma spino-cellulaire ».

Observation III.

C..., 64 ans, manœuvre, hospitalisé à l'Hôpital Saint-André, salle 15, envoyé à la consultation oto-rhino-laryngologique le 22 janvier 1943.

Début il y a quatre à cinq mois par une dysphagie progressive, élective pour les solides. Légère odynphagie (sensation de brûlures). En outre, depuis trois semaines, apparition d'une tuméfaction latéro-cervicale droite, accompagnée d'un léger enrouement.

Ni gêne respiratoire, ni otalgie. Etat général satisfaisant, cependant tousse la nuit et crache beaucoup.

Antécédents personnels. — Une bronchite il y a deux ans. Célibataire.

Examen. — Tuméfaction sur le côté droit du cou, du volume d'une petite mandarine, à limites irrégulières. Non douloureuse au toucher et fixée aux plans profonds. Non adhérente à la peau.

Fosses nasales : rien à signaler.

Oreilles : rien à signaler.

Cavité buccale-pharynx : immobilité de la paroi postérieure du pharynx, hypoesthésie pharyngée (pas de réflexes nauséeux).

Larynx : crépitation laryngée inexistante à droite. L'aryténoïde droit est immobile. L'aryténoïde gauche se mobilise très peu. Les cordes vocales s'écartent mal dans la respiration; au niveau du tiers antérieur, elles restent accollées.

Entre à l'Hôpital du Tondu le 23 janvier 1943.

Urée sanguine, 0 g. 18.

B.-W. négatif.

Radiographie œsophagienne : montre à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen un rétrécissement œsophagien étendu sur 4 à 5 centimètres environ, régulier, incomplet, et semble simplement porter sur la moitié du calibre de l'œsophage.

Pas d'image de néoplasme.

25 janvier : œsophagoscopie (M. le Prof. Portmann).

Sur la paroi postérieure, il semble qu'il y ait une ulcération de la muqueuse. Biopsie négative. La mobilité de la portion de cette paroi semble un peu diminuée. Par ailleurs, rien d'anormal.

Rentre chez lui le 27 janvier 1943.

24 février 1943 : le malade revient consulter, car depuis cinq à six jours, il s'est aperçu que ses crachats étaient teintés de sang.

Par ailleurs, les symptômes sont les mêmes qu'à la première hospitalisation. La tuméfaction latéro-cervicale droite est stationnaire.

Examen. — Fosses nasales : rien à signaler.

Oreilles : rien à signaler.

Cavité buccale-oro-pharynx : la paroi postérieure du pharynx est immobile. Paralysie gauche du voile du palais.

Larynx : l'aryténoïde droit est pratiquement immobile. L'aryténoïde gauche se mobilise peu. Les cordes vocales ne s'écartent que dans leurs deux tiers postérieurs.

27 février 1943 : ne crache plus de sang. Tousse toujours.

17 mars 1943 : dysphagie de plus en plus accusée, sialorrhée. Amaigrissement. Crache du pus teinté de sang, tousse beaucoup la nuit, haleine fétide. Etat général moins bon. La tuméfaction latéro-cervicale droite n'a pas augmenté de volume.

Larynx : une vaste ulcération bourgeonnante est maintenant visible au niveau de la paroi postérieure du pharynx, derrière les aryténoïdes. Ulcération en fer à cheval. Elle semble descendre vers la bouche œsophagienne.

Biopsie. — Masse épithéliomateuse type malpighien surtout basocellulaire avec nombreuses cinèses. Ensemble de lobules épithéliomateux encadrés par de minces bandes conjonctives infiltrées de nombreuses cellules mono et polynucléées (Prof. Dubreuil).

Notre première observation mérite d'être retenue en ce sens que notre malade a présenté son adénopathie près de huit mois avant l'apparition de la tumeur. La langue était absolument saine lors du premier examen, et, à cette période, l'adénopathie elle-même a pris l'allure clinique d'une lésion bacillaire puisqu'elle s'est ramollie et a donné à la ponction un pus amicrobien.

D'où l'importance, en présence d'une adénopathie de type néoplasique, de songer à l'existence d'un cancer primitif des voies aéro-digestives supérieures et de suivre le malade au cas où l'on ne trouve rien à un premier examen.

La deuxième observation est fort intéressante à plusieurs points de vue.

Tout d'abord, les antécédents bacillaires du malade sont propres à égarer le diagnostic.

Mais surtout la multiplicité des envahissements ganglionnaires conduisent naturellement au diagnostic de maladie de Hodgkin.

Ensuite, en présence des ulcérations pharyngée et laryngée, on est frappé par leur grande pâleur, qui, jointe à la notion d'antécédents bacillaires, égarent le diagnostic de cancer.

En outre, le diagnostic histologique étant fait, il reste

encore une curiosité dans ce cas, c'est la présence d'un épithélioma baso-cellulaire au niveau du pharynx et spino-cellulaire au niveau de l'épiglotte.

Et enfin on est frappé par la grande diffusion des lésions cancéreuses qui se fait jusqu'au niveau des nodules sous-cutanés, véritable septicémie néoplasique.

La troisième observation est un exemple pris entre de nombreux autres qui illustre combien la surveillance des adénopathies néoplasiques doit être attentive pour la découverte du cancer initial. Cette observation est très récente, et tout le monde dans le service se souvient de cet homme chez qui tous les examens étaient négatifs et qui, en deux mois, a « extériorisé » son cancer.

CHAPITRE V

LA QUESTION DES BRANCHIOMES

Nous venons de voir au chapitre précédent que parfois la recherche de la tumeur, cause de l'adénopathie néoplasique présentée par certains malades, reste sans résultat.

C'est seulement dans de tels cas qu'on peut envisager la question des branchiomes. D'ailleurs, le problème a été posé par M. le Docteur V. Veau dans sa thèse : *En présence d'une tumeur maligne de la région carotidienne, le diagnostic de branchiome n'est probable qu'après avoir éliminé le cancer secondaire des ganglions.*

On voit que dès son travail initial, M. le Docteur Veau incitait déjà les médecins à la prudence et ne faisait du diagnostic de branchiome qu'un diagnostic d'élimination : « l'origine branchiale de ces tumeurs se trouve démontrée par exclusion ».

On sait que c'est Volkmann, en 1888, qui, le premier, pensa que certains épithéliomas profonds du cou tiraient leur origine des débris de l'appareil branchial.

Ce travail fut suivi d'un certain nombre d'ouvrages étrangers. Puis M. Veau consacra sa thèse à la question et proposa d'appeler la tumeur « épithélioma branchial ou branchiome malin ».

Les auteurs qui ont étudié ce sujet du point de vue embryologique ne semblent pas d'accord sur l'origine exacte des branchiomes. « On connaît sous ce nom, dit V. Veau, les tumeurs développées aux dépens des débris restés inclus lors de la régression des *arcs* branchiaux. »

Tandis que M. R. Argaud, moins restrictif, déclare que : « Toute malformation tissulaire ou organique, tout kystome, toute tumeur dysgénétique de la face et du cou, tout tératome naissant du champ méso-branchial de His, doivent être logiquement envisagés comme ressortissant médiatement aux fentes ou aux arcs branchiaux. » (*Toulouse médical*, 1933, n° 20.)

Quoi qu'il en soit, le diagnostic de branchiome, qui ne peut être que l'œuvre de l'anatomo-pathologiste, semble assez difficile à poser avec certitude. « La preuve irréfutable, dit J. Ducuing, serait la découverte, dans le fragment examiné, de vestiges branchiaux cancérisés d'emblée ou par l'intermédiaire d'un branchiome bénin. » Or, il ne semble pas qu'il y ait beaucoup de cas de ce genre dans la littérature médicale.

D'autre part, certains auteurs ayant des doutes sur la fréquence, sinon sur l'existence des branchiomes, ont entrepris des recherches intéressantes à ce sujet.

C'est ainsi que M. J. Ducuing rapporte qu'en dix-sept ans 33 cas de branchiomes avaient été diagnostiqués au Centre anticancéreux de Toulouse. Or, ayant repris l'étude clinique et anatomo-pathologique de ces 33 cas, l'auteur s'est aperçu que « 26 étaient des adénopathies secondaires à des cancers des voies aéro-digestives supérieures », surtout du sinus piriforme. Six autres cas étaient des « tumeurs exceptionnelles » de la région carotidienne. Seul un cas est resté douteux, mais le malade est encore vivant deux ans et demi après le premier examen, et l'auteur pense que l'évolution révélera le cancer primitif. Il cite le Professeur Escat, qui eut un malade chez lequel une « adénopathie latéro-cervicale d'allure primitive relevait, en réalité, d'un cancer caché du récessus amygdalien découvert au bout de quatre ans ».

Personnellement, en dix-huit ans, soit de 1925 à mai 1943, nous n'avons trouvé dans les archives de la Clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté de Bordeaux qu'un seul cas de branchiome. Et encore, ainsi que nous l'avons déjà signalé au chapitre III, ce diagnostic est-il hésitant; mais voici

le protocole anatomo-pathologique : « Le prélèvement porte sur la zone d'infiltration d'une tumeur épithéliale maligne qui se propage activement par envahissement discontinu en dissociant le tissu musculaire de voisinage. Cette tumeur très maligne pourrait être rattachée au groupe assez mal défini des branchiomes. »

Cependant, une communication de MM. Henri Welti, René Huguenin et Roger Leroy : « Réflexions nosologiques et thérapeutiques sur les tumeurs dites « mixtes » tirées de leur siège inaccoutumé » (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*, séance du 11 juin 1941), fut suivie d'une intervention de MM. Veau et Moulonguet qui jette un jour nouveau sur la question.

« Je dois prendre la parole, car j'ai contribué à enraciner l'erreur. » « Quand j'ai écrit ma thèse, j'étais dans la stricte orthodoxie », déclare M. V. Veau, qui explique ensuite que plusieurs de ses malades ont extériorisé quelques années plus tard un cancer méconnu, signant ainsi l'erreur de diagnostic.

Puis il ajoute : « J'ai été conduit à l'embryologie pour étudier la formation de la narine. Je n'ai pas pu m'empêcher de regarder les coupes de la région cervicale toute voisine. Chez ces embryons de 10 à 20 millimètres, je ne trouvais pas les inclusions ectodermiques qui devaient produire ces tumeurs, soi-disant branchiales, soixante ans plus tard. »

Or, l'auteur avait déjà exposé ses doutes sur la réalité des branchiomes, en 1934, à une séance de l'Académie de chirurgie, à propos d'une communication de Truffert. Ce qui avait incité le Professeur Hamperl, de Berlin, à faire des recherches anatomo-pathologiques qu'il concluait ainsi : « Dans nos autopsies, le diagnostic de carcinome branchiogène est un expédient qui permet de nous en tirer en mettant un nom quand on n'a rien trouvé. » « Dans aucun cas, l'impossibilité de déceler une tumeur primitive ne peut constituer une preuve qu'une tumeur maligne doit s'être développée dans les restes embryonnaires des arcs branchiaux et mériter vraiment le terme de branchiogène. »

En outre, M. Veau remarque que, au niveau de la ligne médiane de la voûte palatine, « où les inclusions ectodermiques sont aussi nombreuses que les étoiles du ciel », on ne voit jamais d'épithélioma branchial, de tumeur mixte ou de cylindrome.

Enfin, « sur de nombreuses pièces de divisions palatines coupées en série... où il n'y a pas de coalescence, on trouve toujours des néoformations épidermiques dans le mésoderme sous-jacent, et ce ne sont pas des enclaves embryonnaires.

» Et de tout cela, je conclus que le temps est venu de réviser les notions classiques sur le rôle pathogène des débris embryonnaires.

» ... Je veux proclamer ici, de bouche et de cœur, l'erreur qui fut la mienne dans mon enfance chirurgicale. »

MM. Moulonguet et Truffert, prenant la parole, déclarent qu'ils sont de l'avis de M. Veau au sujet des branchiomes.

On mesure toute la valeur d'une telle déclaration émanant du premier médecin français qui avait apporté, à l'époque, des notions précises sur la question alors mal connue des branchiomes.

Nous terminerons donc en nous appuyant sur les déclarations de M. Veau, sur les travaux de M. J. Ducuing et sur les constatations que nous avons faites dans le service de M. le Professeur Portmann, en disant, avec notre Maître, que le branchiome n'existe pas et que, par conséquent, toute adénopathie cervicale néoplasique est symptomatique d'un cancer qu'il faudra s'efforcer de découvrir.

CONCLUSIONS

En terminant ce travail, que les événements nous obligent à écourter, nous désirons insister sur quelques points particuliers.

1° La forme ganglionnaire du cancer des voies aéro-digestives supérieures se rencontre assez fréquemment par rapport aux autres formes, puisque nous l'avons trouvée égale à 14 p. 100 dans une statistique portant sur 839 cas.

2° Ce sont les hommes qui sont presque toujours frappés, et principalement les sujets de 50 à 70 ans.

3° Dans l'étude de la localisation des ganglions par rapport à la tumeur primitive, nous avons remarqué que le plus souvent l'adénopathie est homolatérale au cancer.

4° La néoplasie initiale est presque toujours constituée par un épithélioma.

5° La découverte du cancer primitif est quelquefois difficile; il faudra alors savoir attendre qu'il se démasque.

D'où la nécessité absolue, en présence d'une adénopathie cervicale néoplasique, de pratiquer une biopsie ganglionnaire afin de faire la preuve qu'il s'agit bien d'une adénopathie métastatique.

Enfin ces cas de cancer difficile à déceler ne devront jamais faire porter le diagnostic de branchiome, qui, pour les auteurs actuels, n'existe pas.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu, bon a imprimer :

Vu : *Le Doyen,*
PIERRE MAURIAC.

Le Président,
G. PORTMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 10 juin 1943.

L'Inspecteur général de l'Enseignement supérieur,
Recteur de l'Académie,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

Alfieri (E.). — Carcinoma cervicale con vasta invasione delle ghiandole pelviche operato col metodo del Wertheim previa allacciatura delle arterie ipogastriche. *Atti soc. Ital. di Ostet. e Ginec.*, 1936, 50-53, janv.-févr. 1940.

Argaud (R.). — Sur l'opportunité du terme de branchiome donné aux tumeurs dysgénétiques cervico-faciales. *Toulouse médical*, 1933, n° 20, 687.

Bader. — Sur un cas de cancer du larynx avec une grosse tumeur glandulaire du cou et métastases dans les poumons. Thèse Kiel, 1894.

Barthélemy et Fairise. — Epithélioma branchial du cou inclus dans la glande sous-maxillaire. Soc. de méd. de Nancy, 14 mai 1913, in *Rev. méd. de l'Est*, juill. 1913.

Bernard. — Traitement chirurgical des adénopathies cancéreuses du cou. *Journ. de chir.*, t. XXX, n° 3, sept. 1927, p. 241-259.

— Etude anatomique des adénopathies cancéreuses secondaires du cou d'après quarante opérations. *Ann. d'anat. path.*, 6, 1021-1026, oct. 1929.

Bernard (R.). — Etude anatomique des adénopathies cancéreuses secondaires du cou d'après quarante opérations. *Ann. d'anat. path.*, 6, 1021-1026, oct. 1929.

Bertoin. — Formes de début des tumeurs malignes du naso-pharynx. *Journ. de méd. de Lyon*, 20 juill. 1928.

Blair (V. P.) et Brown (J. B.). — Treatment of cancerous or potentially cancerous cervical lymphnodes. *Ann. surg.*, 98, 650-661, oct. 1933.

Cabot (case 22302). — Papillary adenocarcinoma of thyroid with métastases to cervical lymphnodes. *New. England J. med.*, 215, 165-167, 23 juill. 1936.

Caliceti (P.). — Lo svuotamento ganglionare del collo nei tumori maligni della bocca della faringe e della laringe. *Oto-rino-laring. ital.*, 9, 105-130, mars 1939.

Cheridjian (Z.) et Sciclounoff (Th.). — Adénopathie néoplasique cervicale donnant lieu de poser le diagnostic de tumeur primitive du sinus piriforme; l'autopsie révéla un carcinome primitif de la prostate. *Ann. d'oto-laryng.*, n° 12, déc. 1937.

Clarkson (W.) et Barker (A.). — Management of cervical metastic épidermoid carcinoma. *Radiology*, 27, 158-164, août 1936.

Cohn (L. C.). — Complete excision of cervical glands for regional metastases. *Arch. surg.*, 37, 240-258, août 1938.

Condat (M.), Gadrat (J.) et Lasserre (J.). — Adénopathie cervicale révélatrice d'un épithélioma pharyngé chez un enfant de 9 ans. *Arch. de méd. enf.*, 41, 563-568, sept. 1938.

Coutard et Durand. — Cancer du sinus piriforme révélé par un phlegmon du cou. Traitement rœntgenthérapique. Soc. de laryngol. des hôpit., 9 févr. 1927; in *Presse médicale*, 19 mars 1927.

Cunéo. — De l'envahissement du système lymphatique dans le cancer du larynx. *Gaz. des Hôp.*, n° 141, 13 déc. 1902.

Czarnecki. — Femme de 50 ans avec adénopathie récidivante du cou consécutive à un sarcome du cavum. Soc. polonaise O.-R.-L., Varsovie, 26 janv. 1928.

Dahl (B.). — Cancer metastases in cervical lymph nodes. *Norsk mag. f. laegevidensk*, 95, 416-427, avril 1934.

Dubois-Roquebert. — Traitement des adénopathies cervicales consécutives aux adénopathies des lèvres et de la langue. Thèse Paris, 1924, Librairie Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

Dubourg. — Sur un cas d'adénopathie cervicale cancéreuse secondaire. Soc. anat.-clin. de Bordeaux, séance 25 juin 1928.

Ducuing (J.). — A propos des branchiomes carotidiens. *Presse médicale*, n° 100-101, 19-22 nov. 1941.

— El tratamiento quirurgico de las adénopatias cancérosas secumdarias del cuello en el cancer bucofaringeo. *Ars. med. Barcelona*, II, 353-359, sept. 1935.

— Le recul de la chirurgie devant les adénopathies cancéreuses secondaires du cou. *Bull. du cancer*, nov.-déc. 1939, n° 6, p. 967-978.

— Le recul de la chirurgie devant les adénopathies cancéreuses secondaires du cou. *Actes de l'Union internationale contre le cancer*, 9, 774-1939; in *L'Union médicale du Canada*, t. 69, n° 5, Montreal, mai 1940, p. 529.

— Le recul de la chirurgie devant les adénopathies cancéreuses secondaires du cou. *Union intern. contra cancrun acta*, 4, 774-781, 1939; in *Rev. belge des sc. méd.*, t. XII, n° 5, août-sept. 1940, p. 87.

Ducuing (J.) et Ducuing (L.). — Les progrès du traitement chirurgical dans les adénopathies cancéreuses secondaires du cou; restriction des indications, perfectionnement des techniques. Extrait *Toulouse médical*, 1er janv. 1937.

— Les formes cachées des cancers du pharynx. Communications au Congrès international de laryngologie, Madrid, sept. 1932.

— Les tumeurs malignes de la « ceinture » crico-pharyngée. *Revue Portmann*, déc. 1936.

— Les adénopathies cancéreuses du cou dites primitives sont presque toujours secondaires à des cancers cachés. *Toulouse médical*, n° 21, 1er nov. 1931.

Duffy (J.-J.). — Cervical lymph nodes in intraoral carcinoma surgery or irradiation. *Am. J. Rœntgenol.*, 39, 767-777, mai 1938.

— Treatment of cervical modes in intra oral cancer. *Surg. gynec. et obst.*, 71, 664-671, nov. 1940.

Edwards (H. G. F.). — Metastatic cancer in lymph nodes of neck. *South. M. J.*, 32, 905-911, sept. 1939.

Escat (E.). — Congrès de la Société française d'oto-rhino-laryngologie, 11 au 14 mai 1914. « Epithéliome du récessus palatin. »

Fedoreev (A. S.). — Late results of crile opération in 167 cases of métastatic and primaty tumors of neck. *Novy khir Arkhiv.*, 39, 379-384, 1927.

Fischel (E.). — Surgical treatment of metastases to cervical lymph nodes from intraoral cancer. *Am. J. Rœntgenol.*, 29, 237-140, févr. 1933.

— Surgery as applied to lymph nodes of neck in cancer of lip and buccal cavity; statiscal. study. *Am. J. surg.*, 24, 711-731, juin 1934.

Flynn (C. W.). — Primary endothélioma of cervical lymph nodes. *Ann. surg.*, 85, 347-353, mars 1927.

Gaillard (René) et Ravault (P.). — Sur un cas d'épithélioma vestibulaire laryngé à localisations multiples. *Lyon médical*, 1923, p. 773.

Gussenbauer. — Contribution à l'étude des tumeurs branchiogéniques. *Billroth's Festschrift*, 1892.

Halphen (M.). — Syndrome condylo-déchiré postérieur par adénopathie secondaire à épithélioma du cavum. Radiothérapie. Etat actuel. Soc. de laryng. des Hôp. de Paris, 9 févr. 1931.

Heitz (J.), Martin (E.) et Colson (P.). — A propos de la technique des évidements ganglionnaires du cou. *Rev. de chir.*, Paris, 50, 655-677, nov. 1931.

Holfelder (Hans). — La rœntgenthérapie fractionnée des métastases des ganglions du cou. *Rev. d'actinol. et de physioth.*, n° 4, juill.-août 1934.

Horsley (I. S.). — Cancer of the mouth tongue with special reference to metastases in the neck. *South. M. J. Noshville*, 1916, IX, 512-528.

Jacob (F. M.) et Guy (W. H.). — Management of métastatic carcinomatous glands in neck. *Arch. dermat. et syph.*, 37, 43-51, janv. 1938.

Jacod (M.). — Epithélioma spino-cellulaire avec adénopathies cervicales. Rœntgenthérapie, curage ganglionnaire ultérieur suivi de laryngectomie économique. *Lyon médical*, 155, 379-384, 24 mars 1935.

Jeanneney (G.). — L'exérèse au thermocautère des adénopathies néoplasiques secondaires. *Journ. de chir.*, 31, 176-181, févr. 1938.

Johnson (S. C.). — Carcinoma of lip treated by radiation and gold seed implantation in métastatic nodes in neck. *Am. J. Cancer*, 15, 254-261, janv. 1931.

Jovin (I.). — Die Behandlung des Metastatischen Krebses der Halslymphdrüsen. *Strahlentherapie*, 62, 262-286, 1938.

Kilgore (A. R.) et Taussig (L.-R.). — Neck metastases from lip and mouth cancer. *S. clin. North. America*, 11, 1055-1059, oct. 1931.

Laval. — Les tumeurs malignes du naso-pharynx (étude clinique). Thèse Toulouse, 1904.

Le Breton (E.). — Métastase ganglionnaire d'un épithélioma de l'amygdale gauche. *Rev. de laryng.*, 58, 218-220, févr. 1937.

Lereboullet (P.), Lelong (M.) et Bernard (J.). — Adénopathies cervicales à dégénérescence kystique; tumeur maligne du naso-pharynx chez un enfant. *Sang*, 10, 353-357, 1936.

Libert (E.), Tissier (M.) et Quirin. — Sur un cancer peu apparent de l'estomac avec métastase ganglionnaire cervicale. *Arch. des mal. de l'app. digest.*, 29, 443-446, avril 1939.

Lino (G.). — L'endothélioma primitivo delle ghiandole linfatiche (contributo e anatomico). *Ann. ital. di chir.*, 6, 763-778, août 1927.

Mac Fee (W. F.). — Carcinoma of pharyngeal portion of tongue with metastasis to cervical lymph. nodes. *S. clin. North. America*, 18, 529-533, avril 1938.

— Early grade I carcinoma of lower lip with metastasis to cervical lymph nodes. *S. clin. North. America*, 18, 535-537, avril 1938.

Maclay (H.). — Cancer du toit du cavum avec métastase dans l'espace carotidien droit. *Soc. écoss. d'otol.*, 9 juin 1923.

Mac Nally (W. J.). — Effect of deep X raytherapy in case of carcinoma of hypopharynx and cervical glands. *Proc. Roy. Soc. med.*, 30, 918-922, mai 1937.

— Effect of deep X raytherapy in case of carcinoma of hypopharynx and cervical glands. *Journ. laryng. et otol.*, 52, 555-559, août 1937.

Maia (B.). — Esvaziamento ganglionar do pescoço em epithélioma da face. *Arq. rasil. de cir. et ortop.*, 3, 319-323, mars 1936.

— Esvaziamento ganglionar do pesoço em epitelioma da face. *Rev. méd. de Pernambuco*, 6, 321-324, sept. 1936.

Mannucci (P.). — Su di un caso di tumore primitivo delle ghiandole linfatiche. *Haematologica*, 15, 1-17, 1934.

Martin (C. L.). — Traitement des adénopathies cervicales métastatiques. *Amer. Journ. of Rœntg. a Rad. ther.*, 41, n° 5, mai 1939, p. 819-833; *Journ. de radiol. et d'électrol.*, t. 23, n° 11, 1939, 40, p. 524.

— Treatment of metastatic cervical lymph nodes with irradiation new method. *Tr. sect. laryng. otol. et rhin. A. M. A.*, p. 86-108, 1940.

Martinez (E. M.). — Tratamiento qururgico de las metastasis cervicales del épithélioma de la boca y faringe. *Bol. Liga contra el cancer*, 12, 315-320, sept.-oct. 1937.

Meland (O. N.). — Treatment of metastatic involnement of neck secondary to intraoral cancer. *Am. J. Rœntgenol.*, 26, 20-22, juill. 1931.

Monod (O.). — Traitement des adénopathies cervicales consécutives aux cancers de la langue, du plancher de la bouche et des lèvres. *Médecine*, 15, 493-498, juin 1934.

Moreland (R. B.). — Treatment of metastatic carcinoma of neck secondary to carcinoma of lip. *J. A. M. A.*, 110, 1084-1087, 2 avril 1938.

Moulonguet (André). — Présentation de deux malades atteints d'adénopathies cervicales néoplasiques d'apparence primi-

tive; ligature bilatérale de la jugulaire interne chez l'un d'eux. *Arch. internat. de laryngol.*, 9 févr. 1924.

Mounier-Kühn. — Formes cliniques des tumeurs malignes du naso-pharynx. *Gaz. des hôp.*, 2 avril 1927.

Nuytten (J.), Lemaitre (L.) et Driessens (J.). — Métastases ganglionnaires cervicales d'épithéliomas à point de départ inconnu. Soc. de méd. du Nord, séance du 27 janv. 1939, in *Echo médical du Nord*, 31 mars 1939, n° 6, p. 192.

Pflueger (O. H.). — Treatment of neck glands in cancer of lip tongue and mouth; study of present day practice. *California et West med.*, 39, 391-397, déc. 1933.

Piton. — Contribution à l'étude des adénopathies cancéreuses secondaires du cou. Thèse Paris, 1927, n° 477, Jouve, édit.

Portmann (G.). — Les formes cliniques de début du cancer du naso-pharynx. *Le Monde médical*, 1er-15 août 1928, n° 733.

Portmann (Georges) et Retrouvey (H.): — Cancer du nez, des fosses nasales, des cavités accessoires et du naso-pharynx. Doin, édit., 1927.

Portugal (O.). — Sobre un caso de cancer da cavidade buccal conn métastase cervical tratado comsuccesso pela associaçao radium cirurgica. *Bol. Soc. de med. et cir. Sao Paulo*, 14, 144-145, mai 1930.

Powell (Leslie). — Cancer primitif des ganglions cervicaux. Symptômes suggérant un foyer primitif dans l'oreille. *Revue Portmann*, 1930, p. 429.

Quick (D.). — Interstitial radiation in metastatic cervical nodes of epidermoid carcinoma. *Ann. surg.*, 93, 380-390, janv. 1931.

— Management of cancer of mouth and cervical lymphatics. *Am. J. Rœntgenol.*, 31, 366-377, mars 1934.

— Metastatic epidermoïd carcinoma in neck technical consideration in combined method of treatment. *Am. J. surg.*, 30, 307, nov. 1935.

Quick (D.). — Radium in treatment of metastatic epidermoïd carcinoma of cervical lymph nodes. *Am. J. Rœntgenol*, 33, 677-681, mai 1935.

Ramond (Louis). — Adénite cervicale chronique révélatrice d'un cancer du rhino-pharynx. *Presse médicale*, 9 nov. 1929, p. 1471-1472.

Rivoalen (A.). — Adénopathie cervicale à évolution maligne. *Ann. de méd. et pharm. colon.*, p. 583, n° 2, avril-mai-juin 1939.

Roux-Berger (J.-L). — Le curage des ganglions du cou dans le cancer de la langue. *Presse médicale*, 35, 881-13, juill. 1927.

Sabrazès (Jean). — Adénites et cancers des ganglions du cou. *La lutte contre le cancer*, juillet-août-sept. 1935.

Schurch (O.) et Fehr (A.). — Zur frage der opérativen Behandlung von Halsdrüsenmetastasen bei bösartigen Geschwülsten der Mund der oberen Luftwege. *Deutsche Ztschr. f. chir.*, 251, 641-672, 1939.

Scott (R. K.). — Treatment of épithéhomatous glands of neck. *M. J. Australia*, 2, 505-512, 24 oct. 1931.

Semon et Trotter (Wilfred). — Fibrome du cou et du larynx ou affection maligne du larynx avec hypertrophie des ganglions cervicaux. *Bull. of the royal Soc. of med.*, févr. 1909.

Sledziewski (H.). — Les métastases du cancer de l'estomac et les métastases « croisées » du cancer du sein aux ganglions lymphatiques de la base du cou au point de vue de l'anatomie normale. *Arch. d'anat. histol. et d'embryol.*, 24, 199-276, 1937.

Steinhardt (B.). — Sekindares Utérussarkom nach langer Latenzzeit. *Monatschrif. Geburtsh u Gynak.*, 82, 168-181, juin 1929.

Taylor (G. W.) et Nathanson (J. T.). — Evaluation of neck dissection in carcinoma of lip. *Surg. Gynec. et Obst.*, 69, 484-492, oct. 1939.

Tostain. — Du cancer des ganglions cervicaux consécutifs aux carcinomes des voies pharyngo-œsophagienne et laryngée. Thèse Paris, 1884.

Trotter. — Les signes des tuméurs malignes du naso-pharynx. *Presse médicale*, 31 mai 1911.

Truffert. — Les branchiomes du cou. *Ann. des maladies de l'oreille et du larynx*, janv. 1923.

Twyman (E. D.). — Neck dissection for secondary malignancy of neck glands. *West. J. surg.*, 42, 175-179, mars 1934.

Watson. — Métastases ganglionnaires du cou. *Ann. of: surg.*, nov. 1934.

Weiler (E. S.) et Casiello (A.). — Estenosis neoplasica del esofago con adénopathia métastasica particular. *Rev. med. del Rosario*, 23, 584-589, juill. 1933.

Welti (Henri), Huguenin (René) et Leroy (Roger). — Réflexions nosologiques et thérapeutiques sur les tumeurs dites « mixtes » tirées de leur siège inaccoutumé. *Mém. de l'Acad. de chir.*, séance du 11 juin 1941.

Yokoyama. — Ein Fall von primarer krebsiger Halslymphdrüsenanschwellung. *Arch. f. jap. chir.*, 13, 400-401, 1er mai 1936.

Zuppinger (A.). — Maligne Pharynx und Larynxtumoren Georg Thienne Verlag, Leipzig, 1931.

22203. — Imprimeries Delmas, Bordeaux. 31.0192. — 1943.